

## **Wet AVG Privacy**

Voor verwerking van persoonsgegevens is op grond van de nieuwe AVG Wet Privacy, die ingaat op 25 mei 2018, vereist dat we van u toestemming ontvangen middels een handtekening op bijgevoegd formulier.

Hieronder vallen de volgende verwerkingen.

- Verzenden van afspraak herinneren middels sms- of e-mailbericht
- Het factureren van de behandelingen aan de patiënt.
- Bijzondere persoonsgegevens zoals medische gegevens over gezondheid en medicatiegebruik zijn noodzakelijk voor een goede medische anamnese en zorgvuldige medische behandeling van de patiënt.
- Bijzondere persoonsgegevens zoals BSN-nummer en nummer identificatiedocument zijn noodzakelijk ter uitvoering van een wettelijke verplichting van de zorgaanbieder de patiënt voldoende te identificeren.

Daarnaast hebben wij door het invullen van het formulier zowel uw persoonsgegevens als uw medische gegevens over uw medicatiegebruik als uw medische gegevens over uw gezondheid weer helemaal up-to-date in ons bestand staan.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

**Patiëntgegevens, svp volledig invullen!**

**Persoonsgegevens**

Voorletter(s)	
Achternaam	
Geboortedatum	
Straatnaam	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Huisarts	
Tandarts	

**Medische vragenlijst**

*De volgende gegevens zijn van belang voor de behandeling en worden vertrouwelijk behandeld*

Bent u op dit moment gezond	Ja/Nee
Bent u afgelopen jaar medisch behandeld	Ja/Nee
Zo ja, waarvoor?	

Lijdt u of heeft u geleden aan één van onderstaande aandoeningen?

Hartziekte/-klachten	Ja/ Nee	Schildklierfunctie hoog/laag	Ja/ Nee
Hartinfarct	Ja/ Nee	Hepatitis A/B/C	Ja/ Nee
Hartafwijking	Ja/ Nee	Geelzucht	Ja/ Nee
Hoge bloeddruk	Ja/ Nee	Epilepsie	Ja/ Nee
Lage bloeddruk	Ja/ Nee	Flauwvallen	Ja/ Nee
Reuma chronisch/ acuut	Ja/ Nee	Bloedziekte	Ja/ Nee
Longziekte	Ja/ Nee	Nabloeden	Ja/ Nee
Astma/ bronchitis	Ja/ Nee	Trombose	Ja/ Nee
Diabetes type I/II	Ja/ Nee	Allergie	Ja/ Nee

Heeft u een besmettelijke ziekte?	Ja/Nee
Zo ja, welke?	

Heeft u een kunstheup, hartklep of prothese?	Ja/Nee
Bent u bestraald voor een tumor aan het hoofd/halsgebied?	

**Z.O.Z.**

Bent u overgevoelig voor één of meerdere van onderstaande stoffen?

Verdovingsvloeistof	Ja/Nee	Latex	Ja/Nee
Jodium	Ja/Nee	Andere middelen	Ja/Nee
Penicilline	Ja/Nee	Zo ja,welke?	

Gebruikt u medicijnen?	Ja/Nee
Zo ja, welke?	

Rookt u?	Ja/Nee
Hoeveel?	

(Vrouwen) Bent u momenteel in verwachting	Ja/Nee
---	--------

Heeft u last van een vieze smaak in de mond?	Ja/Nee
--	--------

Heeft u last van een slechte adem?	Ja/Nee
------------------------------------	--------

Zijn er overige bijzonderheden die u zou willen vermelden?	Ja/Nee
--	--------

Door uw handtekening onder dit formulier te plaatsen geeft u toestemming op grond van de nieuwe AVG Wet Privacy, die is ingegaan op 25 mei 2018, dat wij uw gegevens mogen gebruiken en verwerken.

- Bijzondere persoonsgegevens zoals medische gegevens over gezondheid en medicatiegebruik zijn noodzakelijk voor een goede medische anamnese en zorgvuldige medische behandeling van de patiënt.
- Bijzondere persoonsgegevens zoals BSN-nummer en nummer identificatiedocument zijn noodzakelijk ter uitvoering van een wettelijke verplichting van de zorgaanbieder de patiënt voldoende te identificeren.
- Verzenden van afspraakherinneringen middels sms- of e-mailbericht
- Het factureren van de behandelingen aan de patiënt.

Datum

Handtekening